

UNIVERSITE PARIS VAL DE MARNE
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 1971

1971

N°

17

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

JEAN-PAUL G O U I T A A

Né le 03 novembre 1940 à PARIS 14ème

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

PRESENTÉE ET SOUTENUE LE :

LA PLACE DE LA PSYCHOTHERAPIE DANS LA
PRATIQUE COURANTE

Président de Thèse : Professeur BOURGUIGNON

UNIVERSITE PARIS - VAL DE MARNE

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

Année 1971

THESE pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'état)

par

GOUITAA Jean-Paul

Né le 03 Novembre 1940, à PARIS XIV ème

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

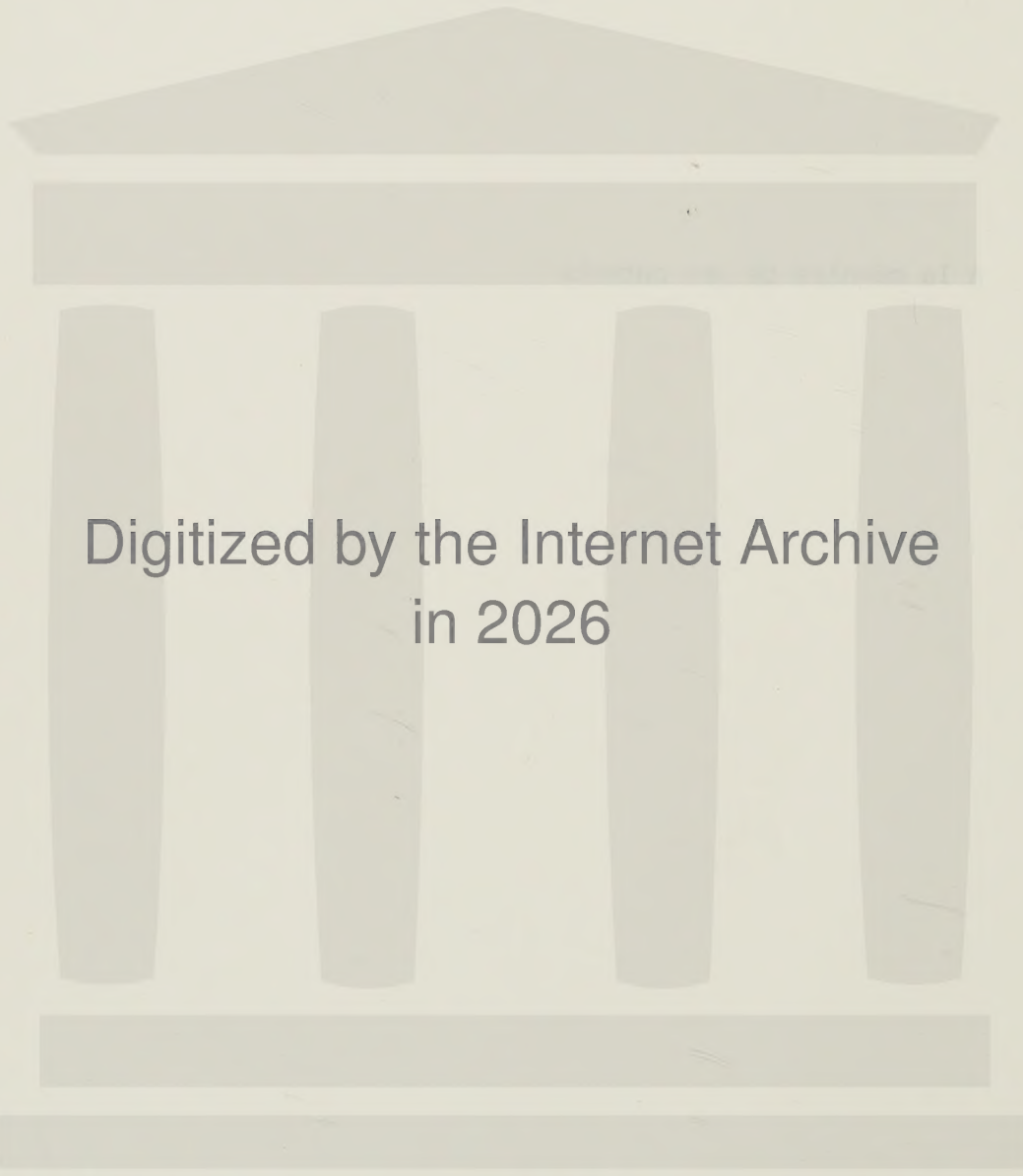
LA PLACE DE LA PSYCHOTHERAPIE DANS LA
PRATIQUE COURANTE

Président : Monsieur A. BOURGUIGNON, Professeur



A Monsieur le Professeur Bourguignon

A la mémoire de mes parents



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556011_0028

A Josette et Marion

A mes frères

I . Introduction .

" Ce n'est pas uniquement la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade; en fait, l'ensemble de l'atmosphère dans laquelle le médicament est donné et pris "

M . BALINT

Classiquement, la psychothérapie, que BERNHEIM définissait comme la suggestion appliquée méthodiquement au traitement des maladies et plus généralement comme l'emploi des ressources de l'esprit dans le traitement des troubles mentaux ou somatiques, trouvait l'essentiel de ses indications en psychiatrie. Et ce n'est que très progressivement, et assez récemment que l'on a pensé qu'en médecine générale, l'élément psychologique pouvait intervenir, afin d'améliorer les relations malade-médecin et par conséquent les résultats thérapeutiques.

Pourtant, d'emblée la médecine a été définie comme étant à la fois une science, et un art, ce qui implique un élément subjectif dans son exercice. Pourtant aussi, la médecine psychosomatique a depuis long-

temps déjà reconnu le retentissement réciproque des troubles physiques et des perturbations psychiques.

La mise au net de ces différentes tendances a été réalisée ces dernières années par des auteurs à la tête desquels se place M. BALINT, et pour lesquels la psychothérapie se doit d'intervenir en médecine courante, selon des modalités qui varient avec chaque cas particulier, mais qui ne sauraient être négligées. Nous sommes pourtant à une époque où la médecine risque de plus en plus de perdre son côté "art" pour son côté "science", et même "science exacte"; cela sans doute parce que les renseignements fournis par les différentes méthodes d'exams et d'explorations incitent à des bilans rigoureux, objectifs. Mais pour que ces progrès des sciences médicales soient véritablement bénéfiques, il faut, et tous s'accordent sur ce point, que les données ainsi acquises servent de base à des décisions diagnostiques et thérapeutiques en tenant compte des caractères subjectifs et individuels.

C'est sans doute pour contrebalancer ce que la médecine risque de perdre par une orientation de plus en plus scientifique, que de nombreux auteurs se tournent vers la médecine psychosomatique et d'une façon plus générale vers l'introduction en pratique courante d'une psychothérapie qui se veut comme le médecin qui l'applique, omnipraticienne.

L'intrication du psychique et du somatique est d'autant moins bien établie que l'on n'a pu mettre le doigt sur la frontière fragile représentée par l'hypothalamus, sur les retentissements entre diencéphale et hypophyse. Qu'une émotion se traduise par de la congestion de la face, de la tachycardie, une décharge surrénalienne, est un

fait bien établi. Pourquoi alors, à l'inverse, ne pas tenter de créer sur le plan psychique les conditions optimales à l'efficacité d'une thérapeutique, au déclenchement du processus complexe aussi bien biochimique que moral qu'est l'évolution vers la guérison?

Ces divers aspects du problème sont connus de tous, mais peut-être n'ont-ils pas été suffisamment codifiés et surtout utilisés sur le plan pratique. C'est pourquoi, avec nos modestes moyens nous allons tenter de dégager l'essentiel de ce qui a été pensé, écrit et fait dans le domaine de la psychothérapie en médecine courante, tendance absolument à contre-courant de certaines conceptions actuelles de rendement, de rapidité des consultations, qui sont absolument incapables d'établir entre le malade et le médecin le contact, la confiance, la connaissance pourtant indispensables à une efficacité thérapeutique. Mais même avec les moyens réduits d'un praticien, la notion de psychothérapie nous semble pouvoir trouver sa place, pour le plus grand bénéfice du malade certes, mais aussi du médecin dans l'intérêt qu'il doit porter à son travail et aux résultats qu'il en attend.

Pour faire de la question un exposé aussi complet que possible, nous avons établi le plan de travail que voici:

- tout d'abord, un "Historique" montrera comment l'évolution des idées devait logiquement aboutir à la reprise de conceptions de la médecine qui, en fait, remontent à Hippocrate, mais ont connu bien des vicissitudes;
- ensuite, nous verrons les principes de la psychothérapie, "des psychothérapies", comme les désignent les spécialistes contemporains tels que GRESSOT : psychothérapie différentielle ou psychothérapie intégrale;
- puis nous aborderons le problème d'une réalisation de la psycho-

thérapie en médecine courante: ses buts, les conditions techniques nécessaires, sa conduite, ses éventuelles et possibles associations avec la chimiothérapie, aujourd'hui capable de susciter ou de juguler émotions, élans, humeurs, idées;

- nous arriverons ainsi au choix des indications de la psychothérapie en médecine omnipraticienne, aux critères qui dépendent du malade, de sa maladie, mais aussi, de son médecin.

Il faut reconnaître que la mise en oeuvre d'une telle méthode psychothérapie "généraliste" ne saurait s'improviser, mais qu'elle nécessite de la part du praticien un effort particulier succédant à une formation spécialisée. Et puisque nous sommes en pleine réforme, peut-être faudrait-il souhaiter que s'insère, dans les études médicales, une formation particulière qui jusqu'ici n'est donnée que par l'exemple d'ailleurs souvent magnifique, de Maîtres dont le savoir n'a pas toujours estompé les vertus humaines...

II. Historique .

Depuis qu'il y a une médecine humaine, on peut dire qu'il existe un aspect psychothérapique, sous-jacent, ou avéré selon les périodes, qui règle, dans tous les cas, les rapports entre médecin et malade: cette portée psychothérapique étant à son maximum dans la pratique courante, en dehors de toute spécialité. Elle apparaît dans le Serment d'Hippocrate, qui s'est perpétué, dans l'esprit comme dans la lettre, au cours des siècles et jusqu'à nous. Une régression s'est faite lorsque la psychiatrie s'est modelée de la médecine organique du XIX^e et du début du XX^e siècle; c'est alors sans doute que l'attitude du thérapeute a pris le moins de poids dans cette spécialité particulière. Est-ce dire qu'elle a été négligée dans les autres branches de la médecine? Il ne le semble pas, surtout si l'on suit les développements de la médecine psychosomatique, présente déjà chez les représentants de l'Ecole de Cos comme de celle de Cnide. Rapports du physique et du moral, selon l'expression de CABANIS; théorie des tempéraments et des diathèses, plus près de nous, et finalement acceptation quasi-unanime du rôle des facteurs psychologiques dans les maladies, et dans leur traitement. A la fin du XIX^e siècle, se créait à l'instigation de CHARCOT une société de psychologie physiologique, dont le but était de réunir des médecins et des psychologues, convaincus de la nécessité d'unir leurs disciplines. "Jusqu'à présent",

écrivait CHARCOT, "on s'est habitué à mettre la psychologie à part; on l'enseigne au collège, mais c'est une petite psychologie à l'eau de rose qui ne peut servir beaucoup. C'est une autre psychologie qu'il faut créer, une psychologie renforcée par les études pathologiques auxquelles nous nous livrons." Et ce furent les recherches révolutionnaires de Pierre JANET (Automatisme psychologique, 1889), de Alfred BINET, avec sa psychométrie dans les maladies mentales; puis les travaux de la Salpêtrière, de Nancy, aboutissant à des thérapeutiques psychologiques pour guérir des syndromes vraiment organiques.

Pour la période contemporaine, il faut compter avec l'oeuvre de FREUD qui permet de comprendre le fonctionnement de l'appareil psychique, les maladies mentales et leur approche thérapeutique grâce à l'étude et à la connaissance de l'inconscient. L'introduction de la chimiothérapie psychothérapique devait marquer une étape nouvelle. Mais ce n'est vraiment que ces dernières décennies que l'on envisagea une psychothérapie plus systématique en pratique courante: ce que E. WEISS aux Etats-Unis proposa dès 1948, ce que reprit JASPERS en 1956 à propos de la psychothérapie. Puis SCHNEIDER en 1960 pose le problème; l'omnipraticien et la psychologie médicale, sujet traité la même année par L. ISRAEL. EWING toujours en 1960 précise les contacts personnels entre médecin et malade, et le premier Congrès de Médecine Psychosomatique de Langue Française, ne manque pas d'orienter une partie de ses travaux vers la question. M. BALINT à partir de 1956 se dépense sans compter pour améliorer l'approche psychologique du malade par l'omnipraticien. Le médecin est par lui considéré comme un médicament en soi, comme un remède; malheureusement trop souvent ce remède-médecin n'agit pas comme on le voudrait; et c'est pour améliorer cette action qu'il a publié son livre "Le médecin, son

malade et la maladie". La première partie de l'ouvrage est consacrée au diagnostic, indispensable pour la mise en oeuvre et la réussite du traitement, psychothérapie comprise; il s'agit de fonder ce diagnostic sur la notion de pathologie de l'individu dans sa totalité. La deuxième partie a trait à l'exercice de la psychothérapie par l'omnipraticien; dans la troisième partie enfin sont exposés les résultats positifs déjà acquis, mais plus des problèmes que des solutions, enfin des possibilités pour de nouvelles recherches.

En 1961 TIDD propose l'emploi de concepts psychanalytiques dans la formation médicale tandis que MACIER décrit un nouvel aspect des rapports entre le malade et son médecin. BALINT expose les techniques psychothérapeutiques en médecine, toujours en 1961. VALABREGA l'année suivante traite de la relation thérapeutique. Pour BOVEN, le médecin doit être pour son malade un confident, un assistant, l'artisan du destin.

Au XXIV^e Congrès des Psychanalystes de Langues Romanes, tenu à Paris en juillet 1963, M. GRESSOT, de Genève, présente un rapport sur le thème: psychanalyse et psychothérapie, leur commensalisme. Pour lui, la tradition médicale perpétue l'équivalence entre le psychisme et la conscience, conjugue non pas le corps et le psychisme, mais le corps et la raison, sinon le corps et le milieu. "L'éducation médicale enseigne à voir, entendre, et palper où les gens ont mal; à apprécier les taux de laboratoires; à remplir les cases de questionnaires standardisés. Hors de ce parti-pris objectiviste, il n'est de recours qu'au "simple bon sens" ou au "tact médical", dépôts tous deux d'un empirisme magique, tant l'on craindrait de manquer le fait médical en s'intéressant au vécu psychique. L'attitude médicale, loin de ne consister qu'en tours techniques, est étroitement solidaire d'un appareil conceptuel. En d'autres termes,

de modèles représentatifs et opérationnels, qui lui fournissent des défenses éprouvées contre la perception des processus psychiques.

De sorte que, comme la médecine a conquis son terrain en se substituant aux conceptions médicales populaires et scholastiques, de même elle ne s'ouvre à ses aspects psychologiques qu'en surmontant la résistance opposée par son propre sens commun". Et encore cette phrase: "Le véhicule de pensée de la psychothérapie circule entre les mailles du mode de pensée médical".

On comprend que des efforts aient été récemment entrepris pour réintroduire la psychothérapie en médecine courante.

KOURILSKY et GENDROT en 1964 demandent une formation psychologique des médecins; KLEINSCHMIDT, la même année, parle de la psychologie de l'observation médicale. Reprenant la méthode de BALINT, GENDROT toujours en 1964 souhaite une extension de l'expérience des groupes de médecins pour une meilleure formation psychologique du praticien non psychiatre. BOURGUIGNON analyse l'état de maladie, BALINT reprend le thème de la compréhension du malade, ALBERT-WEILL pose le problème du médecin devant la souffrance: "Le médecin bien entendu, ne doit pas demeurer insensible devant le spectacle de tant de douleurs à la fois physiques et morales qui s'offre chaque jour devant lui. Mais s'il doit compatir, il doit aussi comprendre. Il doit se souvenir que l'on attend de lui non pas tant de la compassion, mais une prise de contact, une perception plus intime, plus profonde, un savoir étendu qui lui donneront le pouvoir de traiter, de produire un amendement et quand cela sera possible, de guérir".

Et plus loin, ALBERT-WEILL concluait:

"la psychologie, la psychiatrie jouent toujours un rôle adjuvant utile

dans la thérapeutique. Mais pour certaines catégories d'affections, à vrai dire en nombre assez limité, elles doivent figurer au premier plan de la scène et diriger les traitements".

SJOGREN en 1965 s'occupe plus particulièrement du comportement du médecin et de la réaction du malade. SELVINT aborde la question, toujours en 1965, sous l'angle des problèmes psychologiques en médecine générale. Opposant psychanalyse et psychothérapie, S. NACHT écrit: "la psychothérapie se borne à être en général, ce que l'on appelle communément une psychothérapie de soutien... Ce "soutien", le thérapeute l'apporte soit en minimisant vis-à-vis du malade, la réalité ou l'importance du symptôme, soit en essayant de faire partager au malade sa vue optimiste de l'issue de ses difficultés". Mais en disant d'une part "ce n'est rien" et d'autre part "cela passera" le médecin réalise une sorte de caricature, il est vrai parfois couronnée de succès. La psychothérapie psychanalytique par contre se fonde sur l'interprétation des conduites morbides et incite le malade à faire face, à assumer son mal, au lieu de faire le jeu de la faiblesse du malade, comme c'est le cas pour la psychothérapie de soutien.

FREOUR en 1965 pense qu'il existe une importante réciprocité dans les relations médecin-malade; BERTRAND de son côté considère qu'il y a auto-défense de la part du médecin lorsqu'il tient compte des implications psychologiques de la pratique généraliste. BARANDE en 1966 consacre un chapitre de l'Encyclopédie aux psychothérapies de la pratique courante et fait ainsi une très précieuse mise au point de la question. Ajoutons encore, de R.R. HELD, le récent ouvrage intitulé Psychothérapie et Psychanalyse (1968); mais il s'agit soit de psychiatrie, soit de médecine psychosomatique, et non pas de pratique courante telle que nous nous proposons de l'envisager dans les pages qui suivent.

III. Principes .

Avec BALINT, essayons de préciser l'atmosphère psychologique particulière à la médecine générale, différente de ce qui se passe en médecine spécialisée. L'omnipraticien ayant établi une relation psychothérapeutique, peut le cas échéant redevenir médecin, puis à nouveau psychothérapeute, selon les circonstances et les besoins. Des contacts intimes s'établissent avec le patient, impossibles pour le psychiatre. Le rôle du praticien est finalement celui "d'ami de la famille". Parallèlement à son action psychothérapique, il prescrit un traitement médical, un produit qu'il estime être à ce moment donné le meilleur. BALINT cite à ce sujet des problèmes fondamentaux:

par exemple le médecin surchargé ne peut accorder à son patient le temps voulu pour un contact fructueux; il prescrit donc un médicament, et demande au malade de revenir, le traitement terminé. Cette attitude a un double avantage: celui d'inciter le malade à revenir, celui de donner au médecin la possibilité d'une question d'ouverture facile et naturelle, sur l'efficacité du traitement. Selon le cas, le contact sera gardé par une nouvelle visite, occasion d'une prescription, d'un contrôle. Engager le patient dans divers examens est un bon moyen de garder et d'approfondir le contact. Mais il faut savoir également que l'imprévu est possible: le médicament innocent prescrit pour garder

le contact a pourtant jugulé un symptôme chronique, le malade ne revient plus, alors qu'il serait important pour lui d'avoir les résultats d'examens ou de radiographies. La technique du contact peut ainsi réussir, mais parfois aussi échouer. Rien n'est codifié à ce sujet et pourtant des recherches organisées permettraient de résoudre de tels problèmes, d'alléger les budgets et les services en réalisant des méthodes plus directes, plus brèves et plus efficaces.

Nous avons voulu indiquer cette atmosphère incertaine, variable d'un cas à l'autre, pour rendre toute l'importance du problème. Essayons maintenant, peut-être plus concrètement, de définir la psychothérapie, ou mieux les implications psychothérapiques de la pratique courante, pour l'omnipraticien. Selon CAMUS et PAGNIEZ, la psychothérapie devait être définie comme l'ensemble des moyens par lesquels nous agissons sur l'esprit du malade, ou sur le corps malade par l'intervention de l'esprit. Définition jugée actuellement peu satisfaisante, parce que comportant une imprécision de l'exercice de moyens (présumés, eux, précis) comme si le thérapeute agissait comme un technicien sans intervenir affectivement dans la relation. La situation thérapeutique ne paraissait ainsi pas encore appréhendée profondément comme une relation à deux, créatrice d'un processus dialectique où l'intervention sur l'esprit du malade opère par l'action des productions du patient sur l'esprit du médecin (BARANDE).

Or il semble bien que ce soit précisément dans les psychothérapies de la pratique courante que l'on minimise ou même que l'on méconnaît cette émergence contre-transférentielle dans sa valeur dynamique, pourtant déterminante.

Avec les travaux de M. BALINT, le médecin devient la plus utili-

sée et la moins connue des drogues;c'est aussi la plus difficile à manier,et la moins connue sur le plan de la compréhension dynamique. BALINT n'hésite pas à baser ses recherches sur cette nouvelle pharmacologie,qui devra remplacer l'exclusivité du bon sens et de l'expérience.Or actuellement on peut encore regretter la pauvreté,paradoxalement, des informations dans ce domaine,en particulier dans l'enseignement. Cependant BALINT estime que 25 à 50 pour 100 du travail de l'omnipraticien consiste en psychothérapie pure et simple,même si elle demeure inconsciente.Cependant il est hors de doute que les nouvelles générations de médecins donnent de plus en plus d'importance,dès les premières consultations,à "l'habileté du thérapeute à se prescrire lui-même";par conséquent l'omnipraticien se rend chaque jour davantage compte des lacunes d'une formation qui ne l'a nullement préparé à ce qui va être le quart ou la moitié de son activité de médecin...

Selon BALINT,la psychothérapie aura deux buts:conseiller,rassurer,souvent méconnus d'ailleurs,mais que le médecin va néanmoins,par instinct,utiliser pour administrer le remède-médecin.Le bon sens tant prôné continue à être nécessaire,mais plus encore c'est son utilisation qui importera.

IV. Réalisation de la psychothérapie en médecine courante .

Il y a, tout d'abord, un engagement psychothérapique, temps peut-être essentiel de toute la conduite, puis vient la conduite proprement dite; il y aura enfin les modalités de prescription du médecin-remède, selon certains critères d'appréciation.

Avec ou sans psychothérapie avouée, le médecin pense qu'il lui faudra non seulement soigner, mais aussi - mais surtout - reconforter, conseiller, rassurer. Mais ces trois termes classiques méconnaissent le côté dynamique du traitement, conséquences possibles, effets secondaires, réactions allergiques individuelles à la drogue-docteur. Bien des malades ne seront plus revus, soit parce qu'ils se seront jugés améliorés, guéris, soit au contraire parce qu'ils considéreront que le traitement a échoué. On risque ainsi de ne revoir que les sujets passifs, résignés, sur lesquels on n'a pas prise, et dont le traitement sera mal adapté, faute de critères pour en apprécier les effets. Pourtant BALINT insiste sur la puissance de la drogue-docteur, sur ses effets secondaires irréversibles. C'est dire qu'avant de conseiller et de rassurer le malade, il faut essayer d'élucider le vrai problème psychologique, ce qui ne sera pas résolu par les moyens classiques de l'examen physique, avec ses questions et des réponses, mais rien n'est obtenu au delà de ce qui est, justement, l'essentiel. Le patient

vu pour la première fois présente des manifestations fonctionnelles, réalisant l'état de désadaptation, un équilibre psychique instable: c'est le stade inorganisé de la maladie présenté, au médecin généraliste, sous la forme de symptômes nombreux et divers. Lors des questions-réponses, il faut éviter, en recherchant l'organe malade, de précipiter l'organisation de la maladie physique, ce qui soulagerait les deux interlocuteurs. Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit, et pour atteindre un diagnostic approfondi, le médecin saura renoncer à un rôle d'emblée actif, il ne parlera pas le premier mais, au contraire, écoutera d'abord son malade. Il obtiendra ainsi des renseignements fournis spontanément et capables d'orienter vers un diagnostic total, à la fois physique et psychologique mais unique, sans opposition du psychique et du somatique, de l'organique et du fonctionnel. En écoutant le malade, le médecin enregistre en même temps les réactions ainsi provoquées, et c'est de cette relation à deux qu'émergera le diagnostic. Ce premier entretien prend donc déjà valeur d'un acte thérapeutique, actuel ou à venir. Le médecin ne sera pas tombé dans le piège de choisir une maladie répondant à l'offre du patient, mais il aura créé les premiers éléments de l'indispensable relation médecin-malade. BALINI alors envisage la question: jusqu'où aller, quand s'arrêter, comment mettre un terme à l'entretien. Même si sa conviction est déjà faite, il doit encore laisser parler le malade, puisque déjà il s'agit d'un premier temps thérapeutique. Toutefois un entretien trop prolongé - si rarement conduit de nos jours - risquerait d'alarmer le patient. Mieux vaut donc une première consultation point trop longue, et la répétition de la séance, la date étant laissée à l'initiative du malade selon son appréciation de son propre état. Le malade part avec

ou sans ordonnance, il se rendra compte du moment le plus opportun de revenir voir son médecin.

" La relation de l'omnipraticien avec ses patients est tissée d'une multitude de liens (autant que d'organes pouvant offrir leurs symptômes, c'est à dire qu'après l'arrêt d'une série de consultations, le patient pourra toujours revenir pour une autre affection)." (BARANDE)
 Situation qui permet de prendre plus de risques dans ses réponses aux demandes du malade, situation meilleure que celle du psychiatre qui n'a avec son patient qu'un seul type, psychothérapique, de relation.

Le médecin dispose en effet de prescription d'ordonnances, de demandes d'examens complémentaires, autant de possibilités qui permettent de garder longtemps le contact.

Plutôt que la psychothérapie empirique encore trop souvent utilisée, mieux vaut recourir à une technique standardisée. L'omnipraticien pourra entreprendre une psychothérapie efficace chaque fois que son malade possède une personnalité assez stable présentant un problème aigu difficile à résoudre du fait de certains conflits névrotiques inhérents à la structure mentale (BALINT) . D'où un premier organisateur de la relation psychothérapique siégeant dans les expressions de la conduite du médecin par rapport à son malade, dans la façon dont l'omnipraticien conçoit l'exercice de la médecine, sa fonction apostolique. On peut regretter que chaque médecin croit posséder la connaissance révélée de ce que son malade est en droit ou non d'espérer, ce qu'il doit pouvoir supporter. Le médecin pense trop souvent que son devoir est de convertir à sa foi tous les ignorants qui se trouvent parmi sa clientèle.
 Consciemment ou inconsciemment, le médecin cherche à faire accepter au malade sa propre échelle de valeurs, à l'inciter à croire en elles.

Disposition qui peut n'être pas nocive et qui compte des succès éphémères, mais qui ne saurait être appliquée indistinctement à tous, aux dépens du diagnostic différentiel et de sa disponibilité thérapeutique.

-- A l'entreprise psychothérapique, il faut deux éléments essentiels:

d'une part, une grande capacité à supporter l'irritation, l'anxiété, les frustrations venues des malades,

d'autre part, la force d'assumer seul la prise en charge d'un quelconque patient, avec les décisions, les responsabilités que cela représente.

Un problème capital est par ailleurs celui du maniement du transfert, qui implique de la part du médecin une conduite paternelle, encore que non explicite, ou une conduite telle que le malade, lui, adopte vis-à-vis du médecin une conduite quasi-filiale. Il existe une mince différence entre les deux, mais elle est néanmoins fondamentale. Dans le premier cas, risque de s'organiser une relation thérapeutique dangereuse sans issue; dans le second, on peut redouter une non communication au patient de la nature de sa demande (trouver un père), et d'une non verbalisation de sa déception (le thérapeute ne pouvant être ce père). Il faut donc savoir jusqu'où transmettre au patient le sens de sa dynamique transférentielle.

Le médecin enfin doit disposer de critères lui permettant une rigoureuse appréciation des modalités de prescription du remède-médecin, c'est à dire de lui-même. Neuf points sont actuellement devoir être retenus:

1. Le médecin ne cherchera pas à guérir à tout prix le malade de son angoisse; de même qu'il ne doit pas recourir aux analgésiques majeurs pour supprimer un syndrome douloureux qui exprime un état, mais n'est

pas la maladie elle-même. Sur le plan de la psychothérapie, si les manifestations d'angoisse étaient d'emblée apparemment jugulées, le malade éprouverait un sentiment de fausse sécurité, mais aussi penserait qu'il n'a pas été compris, mais rejeté lors de sa demande. Ce n'est pas cette réponse qu'il attendait.

2. On a beaucoup utilisé, ces dernières années, des médicaments blancs, placebos ayant les apparences d'un produit actif mais sans propriétés pharmacologiques réelles. Cela pour tenter de distinguer la part somatique de la fraction purement psychique d'un trouble, d'une douleur.

Or très paradoxalement il a été établi que ces placebos agissent davantage dans les cas d'organicité à personnalité quasi-normale que chez les malades névrosés avec des problèmes essentiels de personnalités.

L'épreuve du placebo n'est donc pas de mise ici.

3. Le diagnostic devra être établi avant l'engagement thérapeutique.

Mais l'approche thérapeutique étant décidée, le diagnostic doit être remis en question pratiquement à chaque nouvel entretien, à la lumière du comportement et des dires du sujet chaque fois qu'il y a rencontre avec le médecin.

4. L'omnipraticien se doit de rester disponible à chaque visite, envers les déclarations de son patient comme envers ses réactions émotionnelles personnelles à ces déclarations. Ce n'est qu'à ce prix que s'établira et se perpétuera une atmosphère authentiquement psychothérapique, permettant la réalisation et la poursuite du contrôle, de la réduction de la position apostolique. Le succès thérapeutique durable est à ce prix, par le moyen de la compagnie d'investissement mutuel à base de satisfactions et de frustrations réciproques.

5. C'est cet investissement seul qui permettra aux deux partenaires

de la relation une grande économie de frustration, irritation, dépit. Le médecin ainsi ne connaîtra pas ces cures prolongées, traînant soi-même et le patient dans le dégoût, l'impuissance thérapeutique, l'irritation. Avec une réussite dans la relation, le traitement pourra être effectué en l'espace de quelques mois.

6. Le médecin doit savoir résister à la sollicitation de la fonction apostolique demandée par certains malades. Il peut donc y avoir un rôle totalement inversé auquel il lui faut savoir supporter mais aussi auquel il devra résister. On peut comparer l'orgueil que certains patients tirent de leur maladie, à la fierté que tirent certains médecins de leurs succès thérapeutiques.

7. Il faut davantage tenir compte du comportement du malade envers sa maladie, puisque c'est là le levier primordial de la dynamique du traitement psychothérapique: le médecin, selon les termes de BALINT, devra savoir s'y adapter pour l'utiliser comme allié thérapeutique. En effet, la praticien comprend assez facilement que toute frustration imposée au malade par sa maladie tend à être ressentie comme due au médecin. Celui-ci devra donc être davantage attentif à percevoir l'acceptation de la souffrance comme soulageant une culpabilité plus profonde. Il ne faut donc pas négliger ce que la maladie a de positif chez le malade, et l'utiliser au maximum.

8. Dans les aspects de la relation entre médecin et malade, il est en effet évident que le patient tire certains bénéfices secondaires de sa maladie: on le voit bien lorsque le malade décrit avec complaisance les symptômes qu'il ressent ou lorsqu'il énumère, cette fois avec indifférence, les médecins qu'il a auparavant consultés, sans qu'apparaisse la moindre fidélité pour un thérapeute donné: c'est donc bien un échec

psychothérapique total. Dans le cas contraire, percent une soumission, une gentillesse vis-à-vis du praticien qui lui aura réussi le contact recherché. Ce sont là des bénéfices secondaires à exploiter à fond.

9. Tous les médecins, psychothérapeutes ou non, savent que ces bénéfices secondaires existent, et qu'ils sont fort utiles. Mais il existe également des bénéfices primaires, dont l'importance lui apparaît avec moins d'évidence semble-t-il. Il y a cependant lieu de considérer la maladie comme une source de satisfaction directe, certains malades l'exploitant pour se soustraire à des situations non satisfaisantes, voire même frustrantes, dans les relations humaines quotidiennes. Certains praticiens sont lassés des malades jugés hypochondriaques et qui en fait souffrent d'un isolement social.

Parfois le plaisir direct procuré au malade par sa maladie est plus apparent en cas d'auréole régressive du vécu de certaines affections. Mais certaines régressions sont, dans une proportion variable, bénéfiques parce que permettant des possibilités dynamiques. On a observé des tentatives d'auto-guérisons, parce que c'était la seule façon d'accéder à la volonté de vivre, les autres issues étant bloquées par la maladie elle-même. De telles offres de régression doivent être utilisées à fond par le thérapeute, le climat préalablement établi dans les relations médecin-malade devant permettre d'améliorer le rendement thérapeutique. Selon les cas cependant, il y aura lieu soit de favoriser, soit de freiner ces satisfactions régressives: décision à prendre individuellement pour chaque patient.

oOo

En psychiatrie, on le sait, la place faite à la chimiothérapie s'est rapidement et largement accrue ces dernières années. Le traitement mé-

dical n'est pas tout, mais il représente une aide, un appui, à la psychothérapie, en créant des conditions favorisantes, en levant des obstacles, des inhibitions. C'est donc une arme à double tranchant, dont le maniement est plus que délicat.

On a pu se demander dans quelles mesures l'omnipraticien recourant à la psychothérapie de médecine courante avait le droit, l'avantage, de demander l'aide chimiothérapique. Le praticien généraliste fait appel à des prescriptions médicamenteuses qui ne diffèrent en rien de celles qui sont nécessaires en dehors de toute tentative psychothérapeutique. Les traitements médicamenteux, la psychothérapie, ne sauraient s'exclure, mais au contraire ils se complètent utilement. HELD a bien montré, en prenant pour exemple la médecine psychosomatique, les différences fondamentales entre la pharmacologie classique, dont le but est de "traiter" les maladies "somatiques" ou étiquetées telles, aussi bien que les maladies dites nerveuses, et la psychopharmacologie; cette dernière crée de nouvelles substances chimiques, favorise ainsi de nouveaux développements cliniques, et permet la manifestation de nouvelles formes de relation médecin-malade.

Les médicaments de la psychopharmacologie ont leur action propre, qu'il s'agisse de tranquillisants, ou de neuroleptiques, de thymo-analeptiques, ou de psycho-analeptiques, de psychotoniques, ou de médiateurs chimiques et de substances inhibant ou favorisant l'action de ces médiateurs chimiques. Mais le fait que le médecin qui les prescrit en attend une action plus ou moins spécifique, différente à coup sûr de ce qu'il attendait naguère des drogues "classiques", va déjà modifier le climat affectif dans lequel s'effectue la prescription.

Sans que l'action pharmacodynamique directe de ces médicaments

soit remise en question, il est apparent dans le cas de maladies psychosomatiques que leur utilisation est très particulière: le praticien généraliste doit être averti des différences fondamentales existant entre l'action des médicaments physiques, qui agissent sur un symptôme essentiellement somatique, par exemple la fièvre, et l'action de ces drogues psychosomatiques dont le maniement ne lui est pas d'emblée familier. De plus cette action est très complexe, et des réactions thérapeutiques inattendues, négatives, voire paradoxales, peuvent survenir. La chimiothérapie ainsi comprise ne saurait réduire la part et le rôle de la psychothérapie; elle sera maniée avec le maximum de prudence car il existe, comme en thérapeutique classique, des intolérances relevant de la force du Moi, des structures du malade traité. On a vu survenir des sentiments de dépersonnalisation, de sub-confusion, d'angoisse réactionnelle après absorption d'une très faible dose de neuroleptiques, a fortiori lorsqu'il s'agit de cures suivies. L'intolérance peut être réelle, provenant d'un seuil de perception des actions pharmacodynamiques trop bas, mais elle peut aussi être affective, et même mixte. Le malade peut redouter de perdre sa vigilance et de trop dépendre du thérapeute, mais à l'opposé il peut présenter une appétence excessive aussi dangereuse qu'une toxicomanie. La psychopharmacologie agit donc sur la psychothérapie à la fois de façon favorable, en réduisant la peur, l'agressivité, dont la distance entre médecin et malade; et de façon défavorable, en inhibant certaines réactions du patient qui mériteraient d'être analysées et utilisées, en masquant le contre-transfert du médecin. Soulagé, le malade est plus accessible à la psychothérapie, et l'on verra les doses efficaces diminuer tandis que s'affirme la psychothérapie verbale.

R. HELD essayant de définir les parts respectives dans un psychomédicament, de l'effet thérapeutique chimique et de l'effet proprement et purement psychologique, conclut à l'impossibilité d'une dissociation entre l'action proprement chimique et les effets de transferts, qui jouent entre médecin et patient le rôle capital. "Quelle que soit la valeur thérapeutique des nouveaux neuroleptiques mis à notre disposition, tout dépend en dernier ressort de la personnalité du médecin qui les administre," ce qui nous ramène aux réactions de contre-transfert du médecin lui-même, que nous avons mentionnée plus haut. Peut-être pourrait-on même dire que le choix entre les thérapeutiques de choc et les médications neuroleptiques plus douces comporte des éléments affectifs ignorés parfois par le thérapeute lui-même...

Ainsi, dans tous les aspects même les plus "concrets", les plus chimiques, de la psychothérapie en médecine courante, nous retrouvons au premier plan le praticien lui-même, sa personnalité et sa conduite, en tant qu'élément décisif de la conduite psychothérapique et donc de ses résultats.

Nous terminerons en envisageant le choix des malades, les indications particulières de la psychothérapie omnipraticienne.

V . Choix des indications .

La psychothérapie ne doit évidemment pas être appliquée indistinctement à tous les malades qui viennent consulter le praticien. Certaines affections sont simples, bénignes, elles se cantonnent à un domaine vraiment et purement physique, et vont rapidement céder au traitement correspondant. C'est dire que le diagnostic reste primordial.

Mais il est trop fréquent que ce diagnostic demeure "physique" alors qu'il mériterait une extension dans la recherche de la cause véritable de la souffrance. La formation actuelle du médecin, l'emploi d'examen scientifiques de plus en plus nombreux et précis, créent évidemment une attitude de préférence pour le diagnostic des maladies physiques, plutôt qu'un diagnostic des problèmes de la personnalité globale. On ne voit d'ailleurs pas bien avec quels mots décrire le problème de personnalité d'un patient non psychotique: hystérie, obsession, névrose, angoisse, dépression, ne sauraient correspondre à un diagnostic réel. Une aptitude professionnelle n'y est pas nécessaire. "Dans ce domaine, l'homme de la rue est presque aussi bon expert que le médecin" (BALINT). Un diagnostic réel au contraire implique de la part du praticien la mise en oeuvre d'un traitement plus ou moins rationnel, ce que ne fait pas le diagnostic des problèmes de personnalité. S'y ajoute la croyance que les maladies physiques sont plus importantes que les problèmes de personnalité, mais

de pensée qui risque d'aboutir à l'élimination par des examens physiques appropriés et à la classification hiérarchique des maladies, et des malades.

- Le diagnostic ne doit donc pas se limiter aux signes et symptômes physiques; il doit également tenter d'évaluer l'importance à accorder aux symptômes dits névrotiques.

Une doctrine essentielle dans l'enseignement médical est la suivante: pas de thérapeutique avant le diagnostic. Mais il existe des cas dans lesquels le diagnostic n'est pas possible sans une certaine thérapie. Mais à l'inverse, seul un diagnostic profond réduira le nombre des cas dans lesquels une décision aveugle a été prise, fondée uniquement sur un diagnostic physique. Ces décisions aveugles, profondément influencées par la situation émotionnelle du patient et par un contrôle particulier de la relation médecin-malade, risquent d'autoriser les tendances personnelles, les sentiments inconscients, les convictions et préjugés du médecin, en somme de pervertir la libre cours de sa fonction apostolique, dont le contrôle conscient est si indispensable.

oOo

Le problème des indications et des contre-indications de la psychothérapie en médecine courante se présente différemment de ce qu'il est en psychothérapie dite spécialisée.

Dans cette dernière, les cas sont déjà sélectionnés, et le psychothérapeute spécialisé va tenter un traitement ambitieux, s'adressant en deçà des conflits actuels, aux conflits intériorisés grâce à un travail d'intégration progressif des articulations dynamiques présent-passé: sa visée est en quelque sorte la thérapie du défaut fondamental (BALINT). Pour cette grande psychothérapie, et compte tenu des critères généraux

de ces indications, on adressera les névroses dites légères, certaines névroses de caractère, les troubles névrotiques susceptibles de survenir chez les sujets ayant atteint l'âge de la ménopause pour la femme, de l'andropause pour l'homme; mais aussi certains troubles apparaissant dans l'enfance et dans l'adolescence, et qui devront être traités selon des techniques hautement spécialisées. On peut donc dire qu'en général les indications de la psychothérapie correspondent aux cas pour lesquels la cure psychanalytique paraîtra contre-indiquée aux yeux du spécialiste.

Si nous avons consacré quelque développement aux indications de la psychothérapie spécialisée, c'est pour faire mieux ressortir les différences existantes avec la psychothérapie telle qu'elle devra être conduite par l'omnipraticien. Selon R. BARANDE, la demande psychothérapique sollicite l'omnipraticien de façon toute autre que le spécialiste. En fait les indications citées plus haut pour la psychothérapie spécialité peuvent plus ou moins longtemps être retrouvées dans la clientèle du généraliste, parce que ces névroses se seront camouflées derrière une symptomatologie fonctionnelle, la maladie somatique ayant déjà, ou non, atteint l'étape de son organisation. Dans la pratique courante, finalement c'est par chaque malade, et quel qu'ait été le symptôme offert, et quelle que soit la réalité de son substrat organique, que se formulera la demande psychothérapique. Et puisqu'en l'état actuel des études médicales, encore dépourvues de formation psychologique poussée, le généraliste se doit de compter davantage sur ses ressources personnelles que sur des acquisitions apprises, il aura un but plus modeste que celui du psychothérapeute; mais ce but n'en sera pas moins essentiel dans son domaine. Il s'agira en effet de déceler, de détendre et de "mettre à plat"

les conflits actuels, qui se trouvent être sous-jacents à la maladie, que celle-ci soit encore inorganisée, ou déjà organisée.

Le problème posé au généraliste n'est pas celui d'une maladie fonctionnelle, ni même un problème psychologique. La maladie fonctionnelle a pour le médecin une toute autre signification: elle prouve que le malade a un problème, et que ce problème, il tente de le résoudre par la maladie. Cette dernière lui donne l'occasion de se plaindre, ce qu'il n'aurait pas pu faire directement à propos du problème primitif. Il s'agit donc de déceler le problème au travers de la maladie offerte.

Telles sont les grandes lignes de la psychothérapie en médecine courante, telle qu'elle se présente de nos jours et telle qu'elle peut être appliquée par l'omnipraticien. Mais puisque, nous espérons l'avoir montré, une telle psychothérapie courante ne comporte que des avantages, on peut se demander comment il sera à l'avenir possible d'en assurer l'extension, et d'en permettre l'exercice à la plupart des généralistes. C'est là à la fois une question de formation, et une question de conception même de l'exercice de la médecine. Il semble que la solution serait trouvée dans la formation du médecin à la psychothérapie, afin que "cesse le paradoxe d'une formation médicale qui ne prépare pas le praticien à la majeure partie des obligations thérapeutiques de son activité professionnelle courante".

On peut penser que dans un avenir plus ou moins proche cette formation deviendra un impératif déontologique. Elle trouvera donc sa place dans le cadre de l'enseignement universitaire. Toutefois, même apprise en Faculté, cette psychothérapie gardera toutes ses particularités. Il ne s'agira nullement de développer des aptitudes psychodiagnostiques, mais bien davantage, sinon surtout, de permettre l'élaboration individuelle

d'aptitudes psychothérapeutiques, termes utilisés récemment par Robert BARANDE.

En effet, il existe de profondes différences entre la formation psychothérapeutique et l'enseignement d'une psychologie médicale. Ici encore, nous ferons appel à BALINT pour qui la connaissance théorique est certes nécessaire, et utile, mais elle ne saurait être le fondement même d'une telle formation. L'acquisition de l'aptitude psychothérapique ne consiste pas seulement à apprendre quelque chose de nouveau, mais implique aussi, inévitablement, un changement limité, bien que considérable, de la personnalité du médecin.

Ces conceptions nouvelles sont d'ailleurs en parfait accord avec les tendances actuelles qui tendent à donner à tout enseignement, médical compris, une activité, une "participation" ignorées trop souvent jusqu'ici. On ne voit pas bien en effet comment former un psychothérapeute omnipraticien sans une participation active de l'étudiant en médecine; cette formation ne pouvant être acquise qu'au sein d'équipes de recherches et de soins, "seul cadre formateur valable en l'occurrence".

On vient de créer les Centres Hospitaliers Universitaires, les C.H.U dans un esprit apparemment nouveau. Il semble que ce soit là une occasion d'insérer de nouvelles orientations, de nouvelles formations. Pourquoi alors ne pas organiser un travail pratique sous contrôle, capable d'augmenter chez l'étudiant en médecine la sensibilité à ce qui se déroule dans l'esprit du malade, consciemment ou inconsciemment, lorsque le médecin et le patient se trouvent ensemble. L'étudiant en médecine devra prendre conscience de ses propres facteurs automatiques; il devra aussi acquérir un certain degré de liberté à leur égard: ainsi serait abordé le problème fondamental des psychothérapies de la pratique cou-

rante,dont nous espérons avoir montré le mécanisme,l'intérêt,le but et aussi les résultats susceptibles d'être escomptés.

On ne peut parler de révolution fondamentale,mais lorsqu'elle se situe dans des perspectives aussi constructives et encourageantes,rien ne devrait être négligé pour parvenir à sa réalisation...

VI . Conclusions .

I. Depuis qu'il existe un art de guérir, on sait que la personnalité du médecin, la qualité du contact qu'il sait établir avec son patient, ont au moins autant, sinon plus, d'importance dans le résultat thérapeutique, que les médicaments prescrits. Mais cette psychothérapie était empirique, et exercée dans quelques cas seulement.

II. Au fil des siècles, et plus précisément pendant ces dernières décennies, la psychothérapie a été remise en question du fait des conceptions psychosomatiques, et surtout grâce à l'école Freudienne, tandis qu'inversement, le psychiatre disposait de médicaments psychotropes. Récemment enfin, est intervenue la notion d'une psychothérapie en médecine courante c'est à dire exercée par l'omnipraticien, devenu, au même titre que les médicaments prescrits, un remède hautement efficace.

III. Consciemment ou inconsciemment, on peut admettre que la moitié du travail de l'omnipraticien consiste en psychothérapie pure et simple. Le courant actuel voudrait intensifier et généraliser cette psychothérapie courante, malgré les tendances inverses présentées par l'exer-

cice de la médecine, ou peut-être à cause de ces tendances, jugées dangereuses et pour le patient, et pour le médecin. Il existe actuellement une mise au point des conditions techniques d'un engagement psychothérapique, basé sur l'écoute du malade et des réactions émotionnelles éprouvées par le médecin lui-même. Organisation de la relation psychothérapique, maniement du transfert, relativité du diagnostic et du traitement, autant d'éléments de base nécessaires à la réussite de cette nouvelle attitude médicale.

IV. Profitant des réformes actuelles de l'enseignement médical, cette psychothérapie omnipraticienne pourrait trouver sa place par une participation active de l'étudiant en médecine à des équipes de recherches et de soins. De telles perspectives ne semblent nullement utopiques, mais parfaitement réalisables dans un proche avenir. Les résultats déjà obtenus sont suffisamment encourageants pour que les efforts dans ce sens soient poursuivis et intensifiés.

Vu le Président de thèse,

Vu le Doyen,,

Vu et permis d'imprimer,
le recteur,

Bibliographie .

- ALBERT WEIL J. . Le médecin devant la souffrance
Presse Méd. 4 juill 1964 72 p.1993-1994
- BALINT M. Psychotherapeutic techniques in medicine
BALINT E. Tavistock 1961
- BALINT M. Compréhension du malade
Praxis 16 juill 1964 53 p.957-958
- BALINT M. Le médecin, son malade et la maladie
Presses Univ.France 1960 422pp
- BARANDE R. Psychothérapies de la pratique courante
Encyclop.Méd.Chir.PSYCHIATRIE 11-1966 37810 C-10 p.1-6
- BERTRAND J. L'étude des implications psychologiques dans la pratique de la médecine générale; un exercice de self-défense pour le praticien
Revue Méd.Normande juin 1965 7 p.427-431
- BOURGUIGNON A. L'état de maladie
Sem.Hôp.Paris Informations 14 mars 1964 40 p.10-19
- BOVEN W. Le médecin, confident, assistant, artisan du destin
Ann.Méd.Psychol.oct 1962 120 p.353-363
- DELAY J. Perspectives psychosomatiques
I° Congrès Méd.Psychosomat.Langue Française
Evian 8 juill 1960
- EWING J.A. Nos malades et nos contacts personnels avec eux
Méd.Hyg.10 juin 1960 18 p.417-419
- FREOUR P. Relations médecin-malade. Réflexion sur leur réciprocité
Journ.Méd.Bordeaux mars 1965 142 p.357-362

- GARMA A. L'intégration psychosomatique dans le traitement
psychanalytique des maladies organiques
XXIV^e Congrès des Psychanalystes de Langues Romanes
1963 in Revue Fr.Psychanalyse 1965 29 p.5-26
- GENDROT J.A. La formation psychologique des médecins.Quelques
réflexions à partir de l'expérience des groupes de
médecins selon la méthode de BALINT
Evolution Psych. oct déc 1964 29 p.559-581
- GRESSOT M. Psychanalyse et psychothérapie.Leur commensalisme
XXIV^e Congrès des Psychanalystes de Langues Romanes
1963 in Revue Fr.Psychanalyse 1965 29 p.47-214
- HELD R.R. Psychothérapie et psychanalyse
Payot éd. Paris 1968 315pp
- ISRAEL L. Qu'est-ce que la psychologie médicale?
Strasbourg Méd. mars 1960 120 p.176-197
- ISRAEL L. Le jeu du docteur et la relation malade-médecin
- ISRAEL G. Neuropsych.Infantile sept oct 1961 9 p.363-379
- JASPERS K. De la psychothérapie
Presses Univ.France 1956
- KLEINSCHMIDT H.J. Psychology of medical observation
Journ.Mount Sinai Hosp.juin juill 1964 31 p.348-358
- KOURILSKY R. La formation psychologique des médecins
GENDROT J.A. II^eConférence Internationale Psychanalyse 19-22 mars
RAIMBAULT E. 1964, Maloine éd.Paris 1964
- MAELER A. Un nouvel aspect des rapports entre le malade et
son médecin
Acta Psychol.1961 9 p.117-131
- NACHT S. Intervention sur : Psychanalyse et psychothérapie
de M. GRESSOT. Soutien vrai ou fictif?
Revue Fr.Psychanal.1965 29 p.215-217
- SCHNEIDER P.B. L'omnipraticien et la psychologie médicale
Praxis 31 mars 1960 49 p.327-333
- SELVINT A. Problèmes psychologiques en médecine générale
Médecine Hygiène 18 mars 1965 22 p.241-242

- 30
- SJOGREN H. Comportement du médecin et réaction du malade
Acta Psych.Scand. 1965 41 p.229-232 suppl.180
- TIDD CH. L'emploi des concepts psychanalytiques dans la
formation médicale
XI° Congrès International de Psychanal. 1961
- VALABREGA J.P. La relation thérapeutique
Flammarion éd.Paris 1962
- WEISS E. Psychotherapy in every day practice
Journ.Am.Med.Assoc. 29 mai 1948 157 p.442-448

oOo

Table des matières.

	pages
I. Introduction.....	1
II. Historique.....	5
III. Principes.....	10
IV. Réalisation de la psychothérapie en médecine courante....	13
V. Choix des indications.....	23
VI. Conclusions.....	29
Bibliographie.....	31

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Le Recteur de l'Académie de PARIS

Robert MALLET.

VU

Le Doyen de la Faculté de Médecine
de CRETEIL

M. RAPIN;

VU

Le Président de Thèse

